

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anlage 5

zum Vertrag vom 18.03.2015 gemäß § 73 a SGB V zur Erkennung und Betreuung von Patienten mit einer depressiven Erkrankung zwischen der KV RLP und dem BKK-Landesverband Mitte

Bitte per Fax an: 06131/3305-71

Teilnahmeerklärung der / des Versicherten

Ziel der Teilnahme an dem oben genannten Vertrag ist, eine Optimierung der Versorgung im genannten Krankheitsbild zu erreichen, insbesondere durch möglichst frühzeitiges Erkennen der Erkrankung die Patienten der jeweils geeigneten Versorgungsebene zuzuführen.

Hiermit erkläre ich, dass ich / meine Tochter / mein Sohn an dem Vertrag zur Erkennung und Betreuung von Patienten mit einer depressiven Erkrankung teilnehme / teilnimmt. Ich bin auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen worden.

Über die Rechte und Pflichten, die sich aus dem Vertrag ergeben, wurde ich aufgeklärt. Ich verpflichte mich, die vertraglichen Regelungen einzuhalten.

Ich werde meine Teilnahmeerklärung per Post an meine Krankenkasse oder per Fax an die oben stehende Faxnummer des BKK Landesverbandes Mitte, Regionalvertretung Rheinland-Pfalz und Saarland, zur Weiterleitung an meine Krankenkasse übermitteln. Die Übermittlung per Fax kann auch mein behandelnder Arzt für mich übernehmen.

Ich willige (als gesetzliche(r) Vertreter/in) in die auf Basis gesetzlicher Grundlagen erfolgende Verarbeitung und Nutzung meiner / der erhobenen medizinischen und persönlichen Daten (meines Sohnes / meiner Tochter) ein und habe die „Versicherteninformation zum Datenschutz nach Art. 13 Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich kann diese Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe ohne Angabe von Gründen schriftlich (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift gegenüber meiner BKK widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an meine BKK.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters